

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

TRAUMATISMOS DE COLON E RETO

DOCTORANDOS: ARY DE SOUZA DIAS

CARLOS VINETOU AYRES

ORIENTADOR: Dr. ARMANDO D'ACAMPORA

FLORIANÓPOLIS

MAIO DE 1988

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao nosso orientador, pela presteza com que nos deu sua assistência, e pela humildade de suas opiniões que muito enriqueceram os nossos conhecimentos.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	4
INTRODUÇÃO	6
MATERIAL E MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	23
SUMMARY	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMO

O manejo das injúrias do cólon e reto da vida civil permanece controverso. Colostomia, reparo primário e exteriorização da sutura é advogado para tratamento das injúrias do cólon.

Critérios para seleção do tipo de tratamento varia amplamente em diferentes estudos. Derivação fecal, drenagem pré-sacral, reparo primário e lavagem do segmento distal são citadas como terapia apropriada para o trauma retal.

Entretanto outros autores sugerem um método conservador em pacientes selecionados com este trauma incluindo observação e reparo local.

Desde dezembro de 1979 até abril de 1988, 45 pacientes com injúrias do cólon e reto foram revisados. Os pacientes, predominantemente jovens e do sexo masculino foram vítimas de trauma por arma de fogo e arma branca. Colostomia foi o procedimento cirúrgico mais freqüentemente utilizado. Reparo primário foi outro das alternativas. Fístulas e infecção da incisão

Conclusão 2

cirúrgica foram as complicações mais comumente encontradas. Houve apenas um óbito nesta revisão.

INTRODUÇÃO

A história natural dos ferimentos de cólon e reto foi substancialmente alterada após o início da primeira Guerra Mundial. A sutura primária destas lesões, antes consideradas de prognóstico sombrio, trouxe alento e esperança nessa época⁽¹⁶⁾.

Apesar dessa medida, ainda era alto o índice de mortalidade e, coincidentemente foi o romper do segundo conflito que trouxe a necessidade de outras alternativas, quando então a colostomia e exteriorização da sutura surgiram como condutas mandatórias, fazendo com que esse índice que era de aproximadamente 70% caísse para 30%^(16, 11, 3).

Contudo, os melhores resultados surgiram com os conflitos contemporâneos como a guerra da Coreia e do Vietnam, onde as técnicas já vigentes foram aprimoradas e incrementadas com manobras de ressuscitação, mais eficazes, transporte mais rápido, material cirúrgico de melhor qualidade e uso da antibióticoterapia^(3, 10, 16) e melhor treinamento dos cirurgiões^(3, 11, 16, 1).

Tais condutas quando aplicadas aos ferimentos da vida civil, não se mostraram isentas de morbidade, e algumas controvérsias surgiram, baseados na menor gravidade destes casos (3, 2, 7, 16, 11).

Acidentes automobilísticos, ferimentos por arma branca e de fogo e corpo estranho no reto estão entre as causas mais comuns de trauma. Tais agentes podem lesar as vísceras abdominais, com ou sem perfuração da parede abdominal (1, 16).

O tratamento tradicional das lesões retais baseia-se em reparo da lesão, colostomia para derivação fecal e lavagem do segmento distal (10, 1, 16, 11). Alguns autores demonstram que determinadas lesões, como aquelas que são pequenas e superficiais não necessitariam de reparo e poderiam ser apenas observadas. Por outro lado o reparo deveria ser realizado naquelas lesões facilmente visualizadas mas que não envolveriam todas as paredes do reto, não necessitando de dissecação ampla. A drenagem local e antibiótico terapia acompanhariam este tratamento (11, 16, 26). Esta conduta evitaria a morbidade de uma colostomia e da drenagem pré-sacral. Os procedimentos tradicionais, portanto poderiam ser deixados para aquelas lesões que apresentassem um caráter mais grave ou em que o cirurgião tivesse dúvidas com relação ao correto diagnóstico. A lavagem distal então, nesse caso, seria discutível (26, 11). Se por um lado alguns autores acham que este procedimento poderia lesionar o segmento distal, proporcionando infecção, fistula e até septicemia, outros defendem-na como método de limpeza do segmento distal, diminuindo a contaminação fecal e os riscos de infecção (11). Porém, observa-se que a tendência é deixar a lavagem do segmento distal como técnica alternativa e não usá-la como rotina nas lesões do reto na vida civil (11, 26, 1).

Concernente ao cólon, as maiores diferenças de procedimento residem nos critérios de seleção para realização de sutura primária, colostomia ou exteriorização da lesão. Baseados em aspectos cirúrgicos e clínicos o cirurgião adotaria ou uma ou outra conduta como segue: tipo de ferimento, intervalo desde o ferimento até a cirurgia, quantidade de fezes na cavidade, localização do ferimento (cólon direito ou cólon esquerdo, se no bordo mesentérico ou antimesentérico), injúrias associadas, presença ou não de choque^(1,11). Para exemplificar, o candidato ideal para a realização do reparo primário seria aquele indivíduo que sofresse um ferimento de até 02 cm de diâmetro, sendo atendido até seis horas após o trauma, este localizado no bordo antimesentérico do cólon diretivo, sem injúrias associadas ou choque. Sem dúvida a avaliação de todos estes parâmetros em uma série de casos é difícil e muito subjetiva sob alguns aspectos⁽¹⁾.

Por outro lado em trabalho muito bem conduzido, Burch⁽²⁾ e col. adotam padrões diferentes dando maior importância a idade do paciente (maior que 40 anos), presença de múltiplas injúrias e choque. A presença destes dados falaria contra a realização da sutura primária e que em outras ocasiões ela estaria indicada pois diminuiria o tempo operatório, a morbidade da colostomia, o tempo de internação hospitalar e os custos do tratamento.

Existem ainda outros autores que defendem a exteriorização da lesão com reparo e retorno precoce desta a cavidade abdominal (7 a 10 dias). Este procedimento em alguns casos não demonstrou ser melhor que o reparo primário sob os mesmos aspectos.

Enfim, bom senso, experiência com uma ou outra técnica, em acordo com as condições locais de cada instituição é que perfazem, muitas vezes, melhores resultados⁽¹¹⁾.

Mas, sem dúvida, são fatores que interferem no prognóstico e diagnóstico precoce e preciso, atuação cirúrgica, manutenção hemodinâmica e antibióticoterapia pré-operatória prévia, e condições técnicas e de material para a realização destes fatores⁽¹⁾.

Tais discussões despertaram nossa curiosidade acadêmica, chamando-nos a atenção para tão grave problema de emergência clínico cirúrgico que resolvemos estudar o modo pelo qual estes tipos de traumatismos são tratados em nosso meio, os resultados obtidos e destacando qual a conduta mais freqüentemente utilizada, sem contudo ditar normas de conduta para estes procedimentos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados 150 prontuários de pacientes atendidos pelo serviço de colo e proctologia nos hospitais Florianópolis, Hospital de Caridade e Hospital Universitário da cidade de Florianópolis no estado de Santa Catarina, no período de dezembro de 1979 até o mês de abril de 1988.

Destes, selecionamos 45 prontuários, pois os outros não preenchiam os quesitos de nosso protocolo.

Para identificar a lesão e o seu local, utilizamo-nos das fichas de descrição cirúrgica e alguns protocolos preenchidos pelos cirurgiões daquele serviço.

Consideramos com denominação de sutura primária o tratamento realizado da seguinte maneira: simples sutura, ressecção e ileocoloanastomose e ressecção e anastomose término terminal. Colostomia abrange os seguintes tratamentos: ressecção e colostomia final, ileostomia, exteriorização da injúria, sutura da lesão com colostomia proximal e procedimento de Hartmann. Por fim exteriorização do reparo como o próprio nome denomina.

As complicações foram aquelas que surgiram no período em que o paciente ainda estava internado.

Todos os pacientes haviam sido submetidos a rotina diagnóstica para abdome agudo que incluía no mínimo radiografias de abdome em duas poses, hemograma, glicemia, uréia, creatinina e retossigmoidoscopia.

Todos os pacientes foram submetidos a um regime de antibioticoterapia pré-operatória e conduzidos a mesa de cirurgia hemodinamicamente estáveis.

RESULTADOS

Nestas lesões o sexo masculino foi mais acometido (93,3%) do que o feminino (6,6%). A idade média foi de 32 anos, com extremos de idade entre 13 e 68 anos.

Os mecanismos de injúria mais comuns foram arma de fogo com 14 casos (31,1%), arma branca 10 casos (22,2%), e traumatismos contundentes do abdome com lesão de cólon (26%).

Sob designação de outros traumatismos incluímos quedas com lesão por objeto estranho, empalamentos e erotismo anal.

O cólon foi mais freqüentemente envolvido (33 casos) do que o reto (12 casos). Incluímos aqui 2 casos que apresentavam lesões colônicas e retais, mas que foram manuseadas como lesões colônicas pois estes se revestiam de maior gravidade (TABELA 1).

TABELA 1 - Mecanismo da injúria em 45 pacientes com trauma coloretal.

MEC. DA INJÚRIA	Nº DE CASOS	%
Penetrante (Nº 33)		
arma de fogo	14	31,1
arma branca	10	22,2
outros	09	20,0
Contundente (Nº 12)		
acidente	09	20,0
outros	03	6,6
TOTAL	45	100,0

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

O procedimento cirúrgico adotado com maior freqüência foi a colostomia, tanto para ferimentos localizados no cólon (20 casos) como aquelas do reto (8 casos). O reparo primário para correção dos ferimentos do cólon foi utilizado em 11 casos e nos ferimentos do reto em 04 casos. Apenas 2 pacientes com ferimento do cólon submeteram-se a exteriorização da lesão (TABELA 2).

TABELA 2 - Procedimento cirúrgico em 45 pacientes com trauma colon actal.

MÉTODO DE TRATAMENTO	Nº DE CASOS	MORTES	COMPLICAÇÕES
Colon (Nº 33)			
Colostomia	20	00	06*
Sutura primária	11	01	05
Exteriorização da sutura	02	00	02
Reto (Nº 12)			
Colostomia	08	00	02
Sutura primária	04	00	00
TOTAL	45	01	15

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

A maioria dos pacientes foram atendidos nas primeiras 6 horas desde o traumatismo (34 casos). Nestes a colostomia foi o procedimento mais utilizado tanto para o cólon (55,5%) como para o reto (85,7%). Com retardo de mais de 24 horas não foi realizado nenhum reparo primário, procedendo-se em todos a colostomia (TABELA 3).

TABELA 3 - Tempo decorrido entre a lesão e a cirurgia por várias técnicas em 45 pacientes.

	< 6 horas (N=34)	6-24horas (N=8)	>24horas (N=3)
CÓLON			
Colostomia	15 (55,5%)	4 (80%)	1 (100%)
Sutura primária	10 (37,4%)	1 (20%)	0 (0%)
Exteriorização da sutura	02 (7,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Subtotal	27 (100%)	5 (100%)	1 (100%)
RETO			
Colostomia	06 (85,7%)	0 (0%)	2 (100%)
Sutura primária	01 (14,2%)	3 (100%)	0 (0%)
Subtotal	07 (100%)	3 (100%)	2 (100%)
TOTAL	34	08	03

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

O reparo primário foi utilizado em todas as regiões do cólon mas, apesar disto, a colostomia predominou como procedimento para corrigir as lesões principalmente do cólon descendente (TABELA 4). Observamos também um predomínio de colostomia no manejo das lesões colônicas por contusão abdominal, quando comparamos com reparo primário (TABELA 5).

TABELA 4 - Procedimento realizado de acordo com o ferimento em 44 pacientes com trauma colonretal.

	COLOSTOMIA	SUTURA PRIMÁRIA	EXTERIORIZAÇÃO DA SUTURA
Cólon ascendente	04	04	02
Cólon transverso	04	02	00
Cólon descendente	11	05	00
Reto	08	04	00
TOTAL	27	15	02

Obs.: Foi excluído dessa tabela 01 paciente em que haviam múltiplas lesões em mais de um segmento do cólon, sendo empregado portanto mais de um procedimento cirúrgico.

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

TABELA 5 - Agente do traumatismo e técnica utilizada de acordo com o segmento comprometido.

	ARMA BRANCA	ARMA DE FOGO	CONTUNDENTE (CONTUSÃO ABD)	OUTROS
COLOSTOMIA				
Cólon ascendente	01	01	01	00
Cólon transverso	00	02	01	01
Cólon descendente	02	03	03	03
SUTURA PRIMÁRIA				
Cólon ascendente	02	02	00	00
Cólon transverso	00	01	01	00
Cólon descendente	02	02	01	00
EXTERIORIZAÇÃO DA LESÃO				
Cólon ascendente	02	00	00	01

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

As complicações mais frequentes foi em relação a exteriorização do reparo, todas tiveram complicações. Nos casos de sutura primária houve 45,4% de complicações. O melhor resultado foi obtido com a técnica de colostomia em que apenas 30% dos casos complicaram. Já com relação ao reto sutura primária não complicou em nenhum momento, a colostomia teve uma taxa de 25% (TABELA 6).

TABELA 6 - Procedimento realizado e as principais complicações no cólon e reto.

	FÍSTULA	ABSCESSO PAREDE	ABSCESSO PERICOLST.	OUTROS	TOTAL %
CÓLON					
Colostomia (N=20)	00	05	01	00	30
Sutura primária (N=11)	04	00	00	01	45,4
Exteriorização da sutura (N=2)	00	02	00	00	100
RETO					
Colostomia (N=8)	00	00	01	01	25
Sutura primária (N=4)	00	00	00	00	0

Um paciente com múltiplas lesões evolui com várias complicações, portanto não foi incluído na análise.

FONTE: Prontuários arquivados no SAME do Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis e Hospital Universitário.

Em nossa casuística só observarmos um óbito, em um paciente que apresentou fistula de intestino delgado com contaminação de cavidade abdominal e septicemia.

DISCUSSÃO

Desde a metade deste século a mortalidade para as injúrias do cólon e reto baixaram de taxas próximas a 100% para aproximadamente 5%^(11, 16, 3). Inúmeros foram os fatores que contribuíram para a diminuição desta elevada taxa e incluem: reconhecimento da necessidade de tratamento cirúrgico precoce, melhora nas manobras de ressuscitação e manutenção de vida, material cirúrgico de melhor qualidade e uso de uma terapia anti-biótica eficiente⁽¹⁾.

Muitas controvérsias existem a respeito do correto manejo cirúrgico de pacientes com traumatismo retocólico, principalmente no que concerne as condutas que diminuem a morbidade da colostomia sem contudo aumentar o número de complicações de uma nova intervenção à cavidade abdominal^(1, 2, 3, 11).

Em nossa casuística observamos um predomínio do sexo masculino para as lesões colonretais, identificado também por outros autores. A idade média também é semelhante as encontradas na literatura. Esta constatação se reveste de uma importância muito grande à medida que demonstra uma faixa economicamen-

te ativa de indivíduos hígidos, submetidos a um traumatismo que se não tratado adequadamente pode levá-los a óbito. Também é possível identificar uma camada de população submetida as vicissitudes de uma comunidade como acidentes automobilístico contendas sociais, assaltos e desvios de sexualidade.

Para o profissional médico que atende nas emergências em plantões o manuseio destes indivíduos é por demais estressantes, e muitas vezes medidas heróicas são tomadas na tentativa de manutenção da vida, visto eles serem indivíduos previamente hígidos, em sua maioria.

Os ferimentos penetrantes da cavidade abdominal foram os mais comumente identificados. Há nestes casos maior facilidade em realizar o diagnóstico sendo o paciente enviado mais rapidamente ao tratamento, pelos indivíduos da comunidade e quando adentram à emergência, e examinados pelo médico que logo identifica a lesão e avalia a sua gravidade. Este fato auxilia ao indivíduo a submeter-se a uma intervenção mais precoce em melhores condições orgânico funcionais. Estes resultados também são identificados em trabalhos que mostram estes dados. Alguns autores porém não valorizam nem o tipo de lesão e tampouco o agente para adotar a conduta cirúrgica, orientando-se por outros critérios (1, 2, 11).

A colostomia foi o procedimento cirúrgico mais frequentemente utilizado, tanto para as lesões do cólon como do reto, com objetivo de desviar o conteúdo fecal da lesão protegendo-a.

Com relação às lesões do cólon, muitas discussões começaram a aparecer na literatura a respeito de qual seria a conduta que teria menor taxa de mortalidade e morbidade, diminuindo

do a internação hospitalar e os custos. A grande discussão resume-se em quando indicar a realização do reparo primário e não utilizar a colostomia, técnica não isenta de complicações e morbidade. Determinados autores acham-na mandatória em todas as lesões do cólon, outros autores adotam critérios para indicar o reparo primário, como por exemplo: grau de contaminação da cavidade peritoneal, quantidade de fezes nos cólons e número de lesões associadas, Burch, em trabalho bem controlado declara que a sutura primária da lesão deveria ser mais indicada e que restringia-a em casos em que o paciente tivesse mais de 40 anos de idade, presença de choque ou múltiplas injúrias associadas (1, 2, 9).

A avaliação destes parâmetros não foi realizada neste escopo pois, nos protocolos, não havia rotina de justificar a conduta tomada, e estes dados não foram descritos. Acreditamos porém que o procedimento foi baseado sob as orientações tradicionais, na experiência individual e condições nosocomiais.

O reparo primário foi realizado em todos os locais do cólon e em uma proporção semelhante sem relação ao agente do trauma (se penetrante ou não), porém quando observamos as contusões abdominais com lesão do cólon descendente, nesta ocasião a colostomia foi o procedimento mais usado. Não foi possível fazer uma correlação estatística de significância pelo reduzido número de casos.

O manejo das lesões retais foi semelhante ao descrito na literatura, onde há uma grande tendência à correção com desvio do conteúdo fecal. E, lesões, quando pequenas e facilmente visualizadas poderiam ser tratadas por reparo primário e drenagem local. Em nenhum caso houve descrição de lavagem do segmen-

to distal ou coccigectomia^(26, 11).

Acreditamos que as condutas basearam-se na gravidade da lesão observada e que tais lesões não eram graves para necessitar procedimentos mais agressivos como coccigectomia e drenagem pré-sacral. Não houve em nenhum protocolo a necessidade de grande dissecação dos tecidos pélvicos adjacentes ao reto o que corrobora com a nossa inferência.

As complicações mais freqüentes foram fístula e abscesso de parede abdominal. A fístula relacionada mais freqüentemente à sutura primária, teve um índice mais elevado quando comparado a outros autores. É difícil inferir o porque deste resultado, mas a possibilidade do cirurgião subestimar o tecido desvitalizado é uma causa muito comum. Porém não houve qualquer citação da presença de abscesso abdominal ou infecção da ferida, o primeiro citado com maior freqüência com este procedimento. O abscesso de parede relacionou-se mais aos casos de colostomia. Não parece haver ligação direta ao procedimento realizado, mas indireta, refletindo poucos cuidados com a ferida operatória e também a boca da colostomia, resultado este que pode ser mudado. Mesmo assim é muito elevado o índice desta complicação quando comparamos com outros autores^(1, 2, 11).

No reto a sutura primária foi isenta de complicações, fato este citado por outros autores, quando há uma indicação precisa da conduta, este procedimento é livre de morbidade⁽²⁶⁾.

A observação de apenas um óbito em nossa casuística pode ser um fator a corroborar a nossa afirmação de que os nossos traumatismos injuriam menos o cólon e o reto, portanto de melhor manuseio.

A conduta geral nos tratamentos do cólon e reto refle-

tem a tendência geral da literatura pesquisada, e mostra também que o cirurgião está mais familiarizado com as técnicas adotadas.

CONCLUSÃO

1. Os agentes mais comuns de traumatismo cólorretais foram: arma branca e arma de fogo.

2. O procedimento mais freqüentemente utilizado foi a colostomia, principalmente nos traumatismos contundentes do cólon descendente.

3. As complicações mais comuns com o tratamento dos traumatismos cólorretais foi fístula e abcesso de parede.

4. O número de casos fatais foi extremamente reduzido.

SUMMARY

The management of civilian colon and rectal injuries remains controversial. Colostomy, primary repair and exteriorized repair have been all advocated for colon injuries, criteria for the selection of the type of treatment varies widely in different studies. Fecal diversion presacral drainage, rectal repair and distal rectal washout have been regarded as appropriate therapy for trauma rectal. Throughout this time, other reports have suggested a more conservative approach in select civilian patients this trauma, including either observation or local repair.

From December 1979 through April 1988, 45 patients with injuries to the rectal and colon were studied. The patients, predominantly young and male, were often victims of gunshot or stabings. Colostomy was the method of treatment more widely used for colon and rectal injuries. Repair primary was too used. Fistula and sepsis of incision wound was the complications most commonly encountered. There was one death in this paper.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABCARIAN, H. & LOWE, R. Colon and rectal trauma. Surg. Clin. North. Amer., 58(3):519-37, Jun. 1978.
2. BURCH, J.M. & BROCK, J.C. The injured colon. Ann. Surg., 203(6):701-11, Jun. 1986.
3. COOK, A. et al. Traditional treatment of colon injuries. A effective method. Arch. Surg., 119(5):591-4, May 1984.
4. COOPER, N.K. Rectal foreign body of record length? Med. J. Austr., 702, Dec. 1979.
5. CRITCHLOW, J.F. et al. Primary sphimenter repair in anorectal trauma. Dis. Colon Rectum, 28(12):945-7, Dec. 1985.
6. DELLINGER, E.P. et al. Risk of infection following laparotomy for penetrating abdominal injury. Arch. Surg., 119(1):20-7, Jan. 1984.
7. DEMETRIADES, D. et al. The management of colon injuries by primary repair or colostomy. Br. J. Surg., 72:881-3, Nov. 1985.

8. EFTAIHA, M. et al. Principles of management of colorectal foreign Bodies. Arch. Surg., 112:691-5, Jun. 1977.
9. FREIRE, E.C.S. et al. Traumatismo abdominal. J. Bras. Med., 49(3):127-49, set. 1985.
10. FRENCH, G.W.G. et al. Problems with rectal foreign bodies. Br. J. Surg., 72:243-4, Mar. 1985.
11. GOLIGHER, J. Injuries of the rectum and colon. In: Surgery of the anus rectum and colon. 5th ed. London, Baillièrre, 1985. Chap. 31, p.1119-36.
12. KANTARIAN, J.C. et al. Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. Dis. Colon Rectum, 30(11):902-4, Nov.1987.
13. KIRBERG, A. Extracion fibroendoscopica de cuerpos extraños ingeridos en 47 casos. Rev. Med. Chile, 112:790-6, 1984.
14. LISCHICK, W.P. Rectosigmoid perforations in homosexual patients. Dis. Colon. Rectum, (10):602-3, 1986.
15. MARINO, A.W.N. & MANCINI, H.W.N. Anal eroticism. Surg. Clin. North Amer., 58(3):513-7, Jun. 1978.
16. MIELI, C.A. et al. Traumatismo ano-reto-cólico. Rev. Assoc. Med. Bras., 30(5/6):131-4, Maio/Jun. 1984. (Ihaipet)
17. NELSON, R.M. et al. Single-antibiotic use for penetrating abdominal trauma. Arch. Surg., 121(2):153-6, Feb. 1986.
18. NICHOLS, R.L. et al. Risk of infection after penetrating abdominal trauma. New Engl. J. Med., 311(17):1065-70, Oct. 25, 1984.
19. PRASAD, M.L. et al. End-loop ileocolostomy for massive trauma to the right side of the colon. Arch. Surg., 119:975-6, Aug. 1984.

20. RODRIGUEZ, U.M. et al. Cuerpos extraños en el recto. Rev. Invest. Clin., 30:145-8, 1978.
21. ROJAS, A.H. Cuerpos extraños en el recto por autoerotismo. Informe de 10 casos. Rev. Med. IMSS., 22:176-9, 1984.
22. SCOTT, H.W. & SAWYERS, J.L. Is ileoproctostomy a reasanable procedure after total abdominal colectomy. Ann. Surg., 203 (6):583-8, Jun. 1986.
23. SOHN, N. et al. Social injuries of the rectum. Am. J. Surg., 134:611-2, Nov. 1977.
24. SOHN, N. & WEINSTEIN, M.A. Office removal of foreign bodies in the rectum. Surg. Gynecol. Obstet., 146(2):219-10, Feb. 1978.
25. STORER, E.H. et al. Cólon, Reto e ânus. In: PRINCIPIOS de cirurgia. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985. V.2, Cap. 28, p.1298-384.
26. TUGGLE, D. & HUBER, P.J. Management of rectal trauma. Am. T. Surg., 148:806-8, Dec. 1984.

TCC
UFSC
CC
0182

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0182

Autor: Dias, Ary de Souza

Título: Traumatismos de colon e reto..



972804791

Ac. 253007

Ex.1 UFSC BSCCSM